

## **Sensire en In voor zorg! brengen ketenzorg hartfalen op hoger plan**

[Gepubliceerd op de website en in de nieuwsbrief van *In voor Zorg!* van 22 november 2011]<sup>1</sup>

Het aantal patiënten met hartfalen zal de komende jaren door de vergrijzing sterk toenemen. Bovendien zijn niet alle patiënten in beeld. Om hier beter op in te kunnen spelen, nam Sensire het initiatief om met ondersteuning van *In voor zorg!* ketensamenwerking in de regio Oost-Gelderland een stevige impuls te geven. Productmanager en intern projectleider Janke Oosting van Sensire en In voor zorg-coach Huub Raemakers<sup>2</sup> kijken samen terug op het traject dat veel heeft opgeleverd, maar ook de nodige leerpunten en valkuilen kende.

Zorgorganisatie Sensire is gevestigd in Varsseveld, met locaties door de gehele regio. De organisatie levert een breed pakket aan diensten op het gebied van gezondheid, zorg en welzijn, waaronder wijkzorg, wonen met zorg, thuisbegeleiding en zorg op afstand. Van juni 2010 tot oktober 2011 liep het In voor zorg-traject. Doel van het traject was het om de kwaliteit van samenwerking bij de zorg van patiënten met hartfalen in de driehoek huisarts, ziekenhuizen en Sensire verder uit te bouwen en te optimaliseren. Met als gewenste resultaten: betere aansluiting bij de behoefte van de klant, een efficiëntere inzet van middelen en meer kwaliteit in het dienstverleningsproces. Voor de start van het In voor zorg-traject had Sensire al een intentieverklaring tot ketensamenwerking met 2 ziekenhuizen in de regio.

### **Netwerksamenwerking**

De keten rond hartfalen is bijzonder. Allereerst is er geen sprake van een klassieke keten, met elkaar opvolgende voorspelbare activiteiten. Raemakers: 'De zorg rond hartfalen is eerder een netwerk om de patiënt met hartfalen heen. Hartfalen is een ziekte met een grillig verloop, de patiënt heeft op onvoorspelbare momenten ondersteuning nodig. Daarom moet het netwerk zo georganiseerd zijn, dat in samenwerking snel passende hulp kan worden geboden.' Ten tweede is er nog geen sprake van integrale bekostiging voor hartfalen, omdat huisartsen en specialisten niet tot overeenstemming komen bij wie de specialistische verpleegkundige zorg moet liggen. Daardoor komt de zorgstandaard niet tot stand. Oosting: 'Zolang de landelijke standaard niet is geregeld, moet je er dus voor kiezen op regionaal niveau heldere afspraken te maken.'

### **Zorg op afstand**

Terugkijkend op het traject constateren projectleider Oosting en coach Raemakers dat er veel is geleerd en veel is bereikt. Oosting: 'Een groot winstpunt is dat de focus in de zorg veel meer naar voren verplaatst: er is meer aandacht voor vroegsignalering en preventie in de wijk en bij de klanten thuis. Dat maakt het mogelijk eerder in te grijpen en de zorg voor patiënten tussen de verschillende partijen beter af te stemmen.'

Zo is er ook een pilot rond telemonitoring, een samenwerking tussen Sensire en een van de ziekenhuizen in de regio. De 14 patiënten die deelnemen aan de pilot zijn aangesloten op een zorg-op-afstand-systeem. Ze geven dagelijks (of periodiek) hun meet- en weeggegevens door. Het systeem doet een check op de toegestane bandbreedte. Als het niet past, gaat er – afhankelijk van de ernst van de afwijking – een signaal naar de verantwoordelijke verpleger of de

---

<sup>1</sup> Organisaties in de langdurige zorg krijgen in de toekomst te maken met andere eisen van de samenleving. Denk aan een krappere wordende arbeidsmarkt, financiële en economische druk en het daarmee samenhangende overheidsbeleid. Het programma In voor zorg! helpt zorgorganisaties hun werkprocessen in te richten met het oog op deze toekomst. Het programma bundelt bestaande kennis en biedt organisaties praktische ondersteuning in hun eigen veranderingstraject. In voor zorg! loopt van september 2009 tot en met 2012 en is een initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Vilans, kenniscentrum langdurende zorg.

<sup>2</sup> Huub Raemakers is senior adviseur strategie in de zorg bij Twynstra Gudde

specialist. Oosting: 'Zo kan er op tijd actie genomen worden, we hoeven niet meer te wachten tot mensen klachten ontwikkelen.'

## **Gezamenlijke poli**

Met het Slingeland Ziekenhuis heeft Sensire de samenwerking in de hartfalenpoli geïntensiveerd. Oosting: 'Het proces is verbeterd en de samenwerking tussen de cardioloog, de gespecialiseerd verpleegkundige van het ziekenhuis en de gespecialiseerd verpleegkundige van Sensire heeft een slag gemaakt. Patiënten krijgen van ons samen geïntegreerde zorg, van ziekenhuis tot thuisituatie.' De werkwijze is in het afgelopen jaar verder geïntensiveerd. Er is bovendien meer formatie gerealiseerd, ook om samen zorg-op-afstand te kunnen ontwikkelen.' De eerder genoemde pilot zorg op afstand hartfalen is hier een voorbeeld van.

## **Producten en instrumenten**

Een belangrijke doelstelling van Sensire voor het traject was om de patiëntgroep hartfalen te benaderen vanuit het perspectief van de doelgroep in plaats vanuit het bestaande zorgaanbod.

Concrete producten die dat kader in het In voor zorg-traject tot stand kwamen zijn onder meer een handboek met een heldere procesbeschrijving van de keten. Gezamenlijke instrumenten voor zorginhoudelijke ondersteuning in de thuisituatie, zoals een signaleringskaart. Daarnaast is een gezamenlijk scholingsplan opgeleverd en is in een portfolio weergegeven wat er aan zorg nodig is per fase van de ontwikkeling van de ziekte, geredeneerd vanuit een klantenprofiel en vanuit de klantenbehoefte. Ditzelfde is in beeld gebracht voor de mantelzorger, die een belangrijke rol heeft in de zorg en ondersteuning van de hartfalenpatiënt. Tot slot is er een integrale informatiefolder voor patiënten beschikbaar, waarin de gezamenlijke poli en telemonitoring zijn opgenomen.

## **Acht lessen uit het traject**

De ambities van Sensire waren groot, de praktijk bleek vaak weerbarstiger. De ervaringen van Oosting en Raemakers zijn te bundelen in 8 lessen voor de ontwikkeling van ketensamenwerking.

### **Les 1: Benader de keten vanuit de doelgroep, niet vanuit het aanbod**

In de voorbereiding van het traject is begonnen met een feitelijke situatieanalyse, geredeneerd vanuit de doelgroep. Raemakers: 'Op basis van regionale demografische gegevens hebben we berekend hoe groot de doelgroep van klanten met hartfalen in deze regio moest zijn en hoe die zich in de komende jaren gaat ontwikkelen. Met deze cijfers onder de arm zijn we het gesprek aangegaan met de ketenpartners. Zij bleken de omvang van de doelgroep te bepalen aan de hand van de patiënten die ze zelf zagen, er werd voornamelijk vanuit zorgaanbod gedacht: "Hartfalen, is dat zo interessant?" De hartfalenverpleegkundige in het ziekenhuis ziet maar zo'n 150 patiënten zeiden specialisten bijvoorbeeld.' Met de cijfers konden wij aantonen dat de doelgroep in deze regio veel groter moest zijn, namelijk zo'n 1500 patiënten. Dan volgt onherroepelijk de vraag: waar zijn die dan?' Oosting: 'Er is in dit ziektebeeld vaak sprake van comorbiditeit. Die patiënten kunnen ook bij een andere specialist of onder een ander ziektebeeld geregistreerd staan. Daarnaast zijn de patiënten in de lichtere categorieën vaak niet in beeld bij specialisten, maar vaak wel bij de huisartsen. En er lijkt sprake van onderdiagnostiek. Vroegsignalering en preventie zijn relatief onontgonnen gebieden.' De cijfers legden uiteindelijk de basis voor het commitment om de samenwerking in de keten te verbeteren. Oosting: 'Vooraf de cijfers over de voorspelde groei van het aantal patiënten met hartfalen gaven alle partners het inzicht: dit kunnen we niet ieder voor zich oppakken. Dit moeten we samen doen.'

## **Les 2: Zorg dat de verschillende partijen elkaar eerst goed leren kennen, ook op persoonlijk niveau**

Raemakers vond het een eyeopener dat de verschillende partijen in de praktijk vaak niet goed weten wat de ander doet en kan. 'In de eerste fase van het traject was het de bedoeling een gezamenlijke procesbeschrijving te maken. Bij het in kaart brengen van het klantzorgproces bleken er knelpunten en hindernissen te zijn, die voortkwamen uit een gebrek aan kennis van elkaars activiteiten en het vertrouwen daarin. We hebben tijd vrijgemaakt om iedereen te laten vertellen welke stappen zij zetten in de behandeling en welke groep patiënten ze in beeld hebben. Die uitwisseling leverde veel inzichten op en meer vertrouwen in elkaars vakmanschap. En dat is weer nodig voor het draagvlak en commitment in de samenwerking en de procesverbetering. Vooral over de wijkzorg heersten stereotype beelden, ondervond Oosting. Het beeld was: goed dat ze er zijn, maar ze hebben weinig medisch verpleegkundig specialisme. De waardering voor wat een wijkzorgteam allemaal kan, is door die bijeenkomsten enorm gegroeid.'

De les: ga er niet vanuit dat de partijen in de keten elkaar kennen en van elkaar weten wat ze doen. Zet alle betrokkenen daarom aan het begin van het traject eerst bij elkaar, en laat ze uitgebreid kennismaken op professioneel en meer persoonlijk niveau.

## **Les 3: Ketensamenwerking bouwt voort op de basis van volwassen organisaties**

'Ketensamenwerking is pas echt mogelijk als de partijen hun eigen bedrijfsvoering op orde hebben', is de ervaring van Raemakers. 'De ambitie van het bestuur van Sensire was groot, in de praktijk zagen we dat de volwassenheidsgraad van de organisatie die ambities nog niet op alle fronten waar kon maken. We hebben ons verkeken op hoever Sensire intern was. De volwassenheidsfase van Sensire was eerder te typeren als productgeoriënteerd –iedere afdeling focust zich op zijn eigen zorgproduct-, dan van een afgestemd leveringsproces binnen de organisatie.' Oosting: 'Die ontwikkelpunten gaan extra wringen op het moment dat je gaat werken in een keten. Ze worden daardoor duidelijker en meer gevoeld. Daardoor kun je ze wel weer versneld oppakken.'

Raemakers formuleert de les als volgt: 'De eerste stap is ervoor te zorgen dat iedere deelnemer zijn eigen patiënten/klanten goed kan bedienen, voordat je de klant naar zijn integrale zorgbehoefte kan vragen en dat in ketensamenwerking kunt oppakken. Ketensamenwerking is echt een volgende stap in de groei van de organisatie.'

## **Les 4: Partners in de keten verschillen: in belang, tempo van besluitvorming, organisatiegraad en snelheid van uitvoering**

Sensire had met de ziekenhuisdirectie een intentieverklaring tot ketensamenwerking getekend. Dat betekent nog niet dat de specialisten daar ook volledig achter staan, die hebben met hun maatschap toch een eigen 'toko' binnen het ziekenhuis. Ook daar is het creëren van commitment van groot belang. Toen de specialisten eenmaal mee waren, ging het snel. Raemakers: 'Een cardioloog overtuigt zijn maten in de maatschap van het belang van de afspraken, en het is geregeld. Heel anders werkt het met huisartsen en Sensire zelf. Sensire is een grote organisatie. De besluitvorming en implementatie duren weliswaar lang, maar als het besloten is, is het meteen in de hele organisatie geregeld. Iedere huisarts is weer een individuele ondernemer. Als een huisarts besluit zaken anders aan te pakken, is dat bij wijze van spreken morgen gerealiseerd. Maar dat betekent nog niet dat andere huisartsen in de buurt dat ook doen. Daardoor beperken de ketenafspraken zich vooralsnog tot Sensire en de ziekenhuizen. De huisartsen die betrokken waren in de multidisciplinaire werkgroepen hebben tijdens de bijeenkomsten ook uitgesproken dat ze betere afspraken willen maken. Oosting: 'Het is de bedoeling dat alle huisartsen in de nabije toekomst vanuit de wijkzorg verder aangehaakt worden op de afspraken die gemaakt zijn in de keten.'

Ook de belangen kunnen uiteen lopen. Bij medewerkers van Sensire speelt het zakelijk belang weinig rol, zij stellen de zorginhoud centraal. Huisartsen en specialisten hebben naast aandacht voor de zorginhoud veel meer een zakelijk belang.

De les: de verschillen tussen de schakels maken de totstandkoming van samenwerking complex. Houd rekening met de verschillende belangen, tempo's van besluitvorming en uitvoering en de organisatiegraad.

### **Les 5: Ketenzorg vraagt om nieuwe vormen van klantenparticipatie**

De huidige vormen van klantenparticipatie zijn georganiseerd per instelling. Raemakers: 'In ons traject hebben we natuurlijk de klanten betrokken. We merkten dat cliëntenraden vooral keken naar hun eigen deel, namelijk de organisatie waar zij zich op richten. Er zijn veel partijen betrokken in de keten, 7 á 8. Er ontstaat dan een onevenwichtigheid: de aanbieders hebben zich verenigd langs de keten, maar de cliëntenraden niet. Oosting: 'Ketengericht werken is echt een paradigmashift. Het verandert dus ook de relatie tussen, binnen en in de cliëntenraden. Dit wordt nog nergens opgepakt.'

### **Les 6: Er zijn andere competenties nodig op de werkvloer**

Het opleidingsniveau in de verschillende disciplines loopt uiteen van mbo-niveau tot academici. Daardoor verschillen de vermogens om conceptueel te denken, het is voor sommigen lastig de vertaalslag te maken van concept naar praktijk. Raemakers: 'Zorgorganisaties moeten af van het idee dat je alles op het laagste opleidingsniveau zou moeten organiseren, er is bijvoorbeeld in een wijkzorgteam ook de nodige denkkracht nodig. Dat is niet alleen een kwestie van opleidingsniveau, ook echte vaktoppers kunnen niet altijd hun eigen vakinhoudelijke competenties overschrijden. En dat is juist belangrijk om te kunnen innoveren. Projectmatig werken is voor Sensire een belangrijk ontwikkelpunt, constateert Oosting. 'In de zorg is het vaak hollen hollen hollen. Alles draait om de dagelijkse praktijk, de rest is bijzaak; typische uitvoeringsorganisaties. Dat betekent dat we vaak niet aan innovatieve en ontwikkelingswerkzaamheden toekomen, doordat we te weinig plannen.'

De les: Organiseer innovatie: als je het innoverend vermogen op zorginhoud van de organisatie wilt ontwikkelen, is het essentieel dat mensen op de werkvloer de gelegenheid krijgen zich daarin te ontwikkelen. Bijvoorbeeld door ze in te zetten als projectleider en ze te equiperen met meer veranderkundige competenties.

### **Les 7: Er zijn trekkers nodig**

Leiderschap is binnen dit soort trajecten onontbeerlijk, benadrukt Raemakers. 'Een ketenontwikkeling komt niet van de grond als er geen eigenaren zijn binnen de betrokken instellingen. Dat is vooral een bevlogen iemand, die zich er hard voor maakt dat zaken geregeld worden voor zijn klanten. Iemand die ervoor zorgt dat de afspraken er komen en dat ze nageleefd worden. Iemand die het proces faciliteert en er de tijd en de ruimte voor neemt. Iemand die het leuk vindt anderen te overtuigen van het nut. Het is belangrijk dat zo'n natuurlijk leider enige bestuurlijke ongehoorzaamheid vertoont, hij of zij is niet regelvolgend, maar eerder regelmakend.'

### **Les 8: Wie neemt het initiatief? Wanneer kun je een ketensamenwerking ontwikkelen?**

Achteraf gezien is het de vraag of het verstandig was dat alleen Sensire in het In voor zorg-traject contractpartner was, opereren Oosting en Raemakers. Oosting: 'Sensire heeft samen met Raemakers de voorbereiding van het traject vooral intern gedaan. Daardoor kostte het later veel

tijd ketenpartners er weer bij te betrekken en het benodigde draagvlak te ontwikkelen.' Raemakers ziet ook een andere kant: 'De vraag is of je altijd de koninklijke weg moet bewandelen. Misschien waren we dan nog bezig geweest de opdracht af te stemmen met de ketenpartners.' Oosting is het daar mee eens: 'Misschien is dit wel de enige manier, als er nog geen sprake is van een georganiseerd samenwerkingsverband. Gewoon aan de slag gaan, en het gewoon doen. Maak een procesbeschrijving en ontwikkel een pilot. Je kunt wachten tot iedereen aan boord is, maar de vraag is of de boot dan al had gevaren. Het kostte weliswaar veel tijd de partners bij elkaar te krijgen, maar er zijn nu wel resultaten!' De les: Er zijn geen dogma's hoe je ketensamenwerking opstart, het is afhankelijk van de regionale situatie. Blijf praktisch nadenken.

## **Vervolg**

Met het afronden van het *In voor zorg!* traject gaat de verdere ontwikkeling van de hartfalen keten door. Met een pilot in de wijk wordt geëxperimenteerd of de samenwerking in de wijk tussen ziekenhuis, huisarts en wijkzorg inderdaad verbetert. Verder worden er met de ziekenhuizen werkafspraken gemaakt. Er zijn zeker nog verbeterpunten, zien Oosting en Raemakers. Raemakers geeft een voorbeeld: 'De kwaliteit van leven kan meer in beeld komen. Welbevinden is een belangrijke factor. Ik denk aan onzekerheidsreductie bij de patiënt en zijn familie of mantelzorgers. Dat is zeker iets wat bij deze doelgroep speelt, en is in het traject eigenlijk nog te weinig uitgewerkt.'